**傷病手当金支給申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員記載欄 | 被保険者  記号番号 | 佐　　医  ・ | 氏　　　名 |  |
| マイナンバー | |  | |
| 傷　病　名 |  | 生年月日 | 昭　･　平  　　　　　年　　　月　　　日 |
| 発病年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 業務に従事することができなかった期間 | 自令和　　年　　月　　日  日間  至令和　　年　　月　　日 |
| 主  治  医  の  診  断  書 | 診療開始  年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 就業不能と  認める期間 | 自令和　　年　　月　　日  日間  至令和　　年　　月　　日 |
| 傷　病　名 |  | | |
| 上記の通り診断いたします。    令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　住　所    　　　　　　　　　　　主治医  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | |
|  | | | |
| 上記の通り傷病手当金の支給を申請します。 | | | | |
| 令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所    　　　　　　　　　　医師組合員  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | |
| 上記の通り相違ないことを証明いたします。  　　　　令和　　年　　月　　日      　　　　　　　　　　　　　　　　　医師会長    　佐賀県医師国民健康保険組合理事長　様 | | | | |

別紙

傷病手当金の振込先をお知らせください。

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名 |  |
| 種　別 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座の  名義人  （カタカナ） | ご連絡先：　　　　　　（　　　　　　） |